

Cuestionario financiero

CUESTIONARIO FINANCIERO				
1. Apellido del bebé	2. Sufijo	3. Nombre	4. MI	5. Fecha de nacimiento
6. Apellido (persona responsable)	7. Sufijo	8. Nombre	9. MI	10. Fecha de nacimiento
11. Apellido del asegurado(a)	12. Sufijo	13. Nombre	14. MI	
15. Tipo de cobertura del seguro del bebé <input type="checkbox"/> privada, terceros <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> KidsCare <input type="checkbox"/> IHS no-AHCCCS <input type="checkbox"/> Ninguna			16. Status del bebé en el AHCCCS <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> no elegible <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Rechazado	
17. Número AHCCCS del bebe:			18. Fecha de elegibilidad del bebé para el AHCCCS	

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

<p>El hospital que hace la inscripción le proporcionará a la familia una hoja financiera antes de completar este formulario. Todas las familias que quieran una 'participación completa' para recibir ayuda financiera deben llenar el cuestionario financiero.</p> <p>Los gastos médicos se definen como gastos médicos, gastos de la visión y gastos odontológicos – incluidas las primas de seguro – incurridos durante los 12 meses anteriores a la fecha de nacimiento del bebé. No incluyen gastos pagados o que se espera sean pagados por algún tercero asegurador. No incluyen cobros actuales por la estancia del bebé en la unidad de cuidados intensivos. Sí incluyen el cuidado prenatal de la madre, cobros hospitalarios a la madre y cobros hospitalarios por el bebé antes de ser transportado (si no se inscribe en el HRPP/NICP en ese hospital).</p>	<p>DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FAMILIAR – Primero llene la hoja financiera.</p> <p>A. Tamaño del hogar <input type="checkbox"/> Incluir recién nacido(s), padres, hermanos y las personas dependientes que se declararon en los últimos formularios de impuestos.</p> <p>B. Ingresos brutos totales del hogar \$ _____ . Incluir los ingresos actuales de ambos padres, si trabajan. No incluir el ingreso de otros miembros de la familia como abuelos, a menos que ellos estén asumiendo la responsabilidad financiera por el bebé.</p> <p>C. Menos los gastos médicos de la Hoja Financiera \$ _____</p> <p>D. Ingreso bruto ajustado (B menos C) \$ _____</p> <p>E. Responsabilidad familiar en el NICP tomada de la tabla de responsabilidad familiar del ADHS (Utilice los puntos A y B anteriores) \$ _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por medio de este documento solicito ayuda financiera para el pago de los gastos de transporte y/o cuidados hospitalarios del centro de cuidados intensivos o intermedios, de acuerdo con las políticas del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Acepto inscribir a mi bebé en cualquier seguro en el que él/ella sea elegible: privado, AHCCCS o IHS, dentro de los (30) días siguientes a la fecha de nacimiento del bebé y entiendo que no hacerlo resultará en la negación de la ayuda financiera del NICP. Acepto presentar todos los documentos necesarios en nombre de mi(s) hijo(s) con el propósito de hacer los cobros a todos los terceros que deben pagarlos y acepto no quedarme con ningún cobro de algún seguro obtenido por reclamaciones que se hagan para obtener el pago por servicios prestados. Ayudaré a todos los proveedores a obtener los pagos de terceros. Antes de llenar este cuestionario financiero HRPP/NICP, he llenado la hoja financiera de HRPP/NICP, y recibiré las copias de ambos documentos de manos del representante del hospital después que firme más abajo. Entiendo que la ayuda financiera no está disponible para los servicios prestados por hospitales o médicos que se encuentren fuera del estado o por cuidados de hospitales no contratados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica, social o financiera necesaria – que conserve cualquier institución o individuo que le haya provisto a mi(s) hijo(s) servicios para recién nacidos – al Departamento de Servicios de Salud de Arizona o a sus proveedores contratados para propósitos relacionados con el manejo de la calidad de los proveedores. **Entiendo que si los ingresos de mi hogar cambian durante los primeros 60 posteriores de la fecha del nacimiento de mi bebé, puedo contactar al la persona que hizo la entrevista en el hospital para llenar un cuestionario financiero revisado. Cualquier revisión debe ser recibida por el ADHS dentro de los 90 días posteriores a la fecha de nacimiento del bebé.**

Firma del padre/madre / tutor / persona responsable Relación con el paciente Fecha

Firma de la persona del hospital que hizo la entrevista Nombre de la persona en letra imprenta Fecha

Comentarios de la persona que hizo la entrevista